

## TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

Eu abaixo identificado declaro que fui informado, quanto aos principais aspectos relacionados ao Procedimento anestésico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Paulistano.

Autorizo o médico abaixo identificado ou outro anestesista cadastrado pelo Hospital Paulistano a realizar o seguinte procedimento anestésico \_\_\_\_\_.

Declaro ainda que:

1) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto, será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista. A proposta do procedimento anestésico a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente.

2). Entendo que não existe garantia absoluta sobre resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital Paulistano.

3) Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

4) Declaro que por ocasião deste consentimento informei ao médico anesthesiologista de todas as doenças e complicações, inclusive alergia que tive decorrente de anestesia e medicamentos por mim tomados no último ano.

5) Declaro ainda que fui informado(a) pela equipe médica que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como: maconha, cocaína, anfetaminas e outras, além do álcool são fatores que podem trazer prejuízos ao procedimento e/ou tratamento a que serei submetido, cujo rol de complicações e intercorrências que poderão sobrevir foram a mim esclarecidas.

6) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento autorizo a realização do procedimento proposto.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_. Hora \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

Paciente                       Responsável                       Testemunha

Nome Completo e legível \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco \_\_\_\_\_

### PREENCHIMENTO DO MÉDICO:

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para tratamento descrito. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Médico (Nome Completo) \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_